

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 63

L'ALIÉNÉ DEVANT LA MORT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Jacob-Joseph-Yves HERVÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PLOUGUERNEAU (Finistère), le 8 juin 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur.....	Président.
		ABADIE, professeur.....	Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 63

L'ALIÉNÉ DEVANT LA MORT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 16 Décembre 1932

PAR

Jacob-Joseph-Yves HERVÉ

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à PLOUGUERNEAU (Finistère), le 8 juin 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MAURIAC, professeur,.....	Président.
		ABADIE, professeur	Juges.
		PERRENS, agrégé.....	
		DELMAS-MARSALET, agrégé.	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADÉ.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Enriculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MA FEMME

Je dédie cet ouvrage.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

Malgré ses modestes ressources, il fit les sacrifices nécessaires pour me permettre d'entreprendre mes études. Qu'il trouve ici un bien faible témoignage de mon amour et de ma reconnaissance.

A MES SOEURS ET BEAUX-FRERES

AU DOCTEUR VICTOR PARANT

*Ancien Chef de clinique à la Faculté de Paris,
Membre de la Ligue antidichotomiste.*

A MA BELLE-MERE

Elle m'a toujours témoigné une grande affection.

A MES BEAUX-FRERES

A MES BELLES-SOEURS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. PERRENS

*Médecin-chef de l'Asile de Santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. MAURIAC

*Professeur de Clinique médicale, à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique,
Croix de guerre,
Membre de la Ligue antidichotomiste.*

Pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse.

L'ALIÉNÉ DEVANT LA MORT

PREFACE

Avant d'entreprendre ce travail, nous tenons à remercier notre Maître, M. le Professeur Perrens. La clarté de ses cours et sa fine psychologie nous avaient déjà séduit, lorsque, étudiant en quatrième année, nous suivions ses leçons de médecine mentale. Depuis, sa fréquentation à la Maison de Santé de Château-Picon nous apprit à mieux connaître et à admirer le médecin plein de bonté et de douceur pour ses malades.

Lorsque nous sommes allé lui demander de nous choisir un sujet de thèse, il nous a répondu : puisque vous désirez devenir psychiatre, traitez donc un sujet de médecine mentale, et il nous indiqua ce travail.

Débuter en psychiatrie par une thèse traitant de cette spécialité nous parut une gageure, et notre inquiétude fut grande de ne réussir à rien.

Nous acceptâmes cependant, et entre autres mérites le sujet a eu au moins celui de nous donner l'occasion d'augmenter nos connaissances dans le domaine de la médecine mentale.

La question proposée était vaste, car l'association des deux termes : aliéné et mort, pouvait nous entraîner loin à travers toute la médecine mentale. Nous avons limité le sujet à l'étude des cas où l'idée de mort était la plus apparente.

Nous traiterons en divers chapitres.

La phobie de la mort chez les psychasthéniques, en essayant de mettre en relief la cause profonde organique qui se trouve à la base de cette idée obsédante.

Le syndrome de Cotard nous offrira quelques exemples d'idées d'immortalité chez des mélancoliques graves.

Nous n'examinerons que quelques cas de suicide, car la matière nous entraînerait loin; à côté des suicides vrais, nous essayerons de montrer ce qu'on appelle les faux suicides.

Il est des cas où l'aliéné ou le grand névropathe ne croient pas à la mort d'un de leur proche parent, et cela par des mécanismes différents, selon les cas.

Nous tenterons, en dernier lieu, de montrer les manifestations et les réactions diverses des aliénés à l'article de la mort.

CHAPITRE PREMIER

PHOBIE DE LA MORT

La phobie de la mort n'est chez les psychasthéniques qu'une des nombreuses formes que peuvent revêtir les idées obsédantes, si fréquentes chez ces malades. Mais c'est une des plus cruelles qu'ils aient à subir.

Les malades que nous avons pu interroger au cours de nos recherches étaient vraiment malheureux. Chez eux, le désir de vivre était très grand, mais la crainte constante de quitter cette terre était atroce.

OBSERVATION I.

(Pierre JANET.)

M. R..., 50 ans, est interné depuis deux mois. C'est un psychasthénique. Depuis de nombreuses années, il vit dans l'incertitude, incapable de prendre une résolution. Le commerce que lui a légué son père a périclité, et sa mise en faillite lui fut un coup terrible. Depuis lors, il est inquiet; le moindre bruit lui fait peur; à ses craintes sans objet firent suite diverses idées obsédantes, notamment la phobie de la mort; il craint toujours de mourir; en s'endormant, il a peur de ne plus s'éveiller. Quand il sort, il craint de se faire écraser. « J'ai peur de mourir, car si triste que soit la vie pour moi, elle est encore préférable au néant qui suit la mort. Je regrette de ne pas croire en Dieu, car alors je pourrais penser à une vie éternelle meilleure. Je ne puis rien faire d'autre que penser à la mort. Cette idée m'obsède, elle a toujours été mon cauchemar. »

A noter que M. R... a toujours été faible dans la vie. Il n'a jamais osé se marier, nous dit-il.

Interrogé sur ses antécédents, il nous déclare avoir eu une enfance timide : à l'école, il fut le souffre-douleur de ses camarades; à 22 ans, il eut une crise de dépression mélancolique qui dura deux mois.

Son père est mort à 62 ans, interné à l'asile de ..., depuis quatre ans, pour paralysie générale.

Sa mère, actuellement âgée de 84 ans, est une personne très scrupuleuse.

Il n'a ni frères ni sœurs.

OBSERVATION II.

(RAYMOND et JANET.)

Mme S..., 29 ans, est une psychasthénique simple. Elle a suivi son mari aux colonies. Elle s'y est trouvée isolée, dans un milieu très différent du sien. Dès son arrivée au poste où était nommé son mari, elle a ressenti une sensation pénible d'abandon et d'isolement mêlé d'ennui.

Son mari est de caractère difficile, coléreux, violent. A la suite de pertes d'argent que subit le ménage, la malade devint aboulique. Elle cherche l'explication de ces phénomènes et en arrive à se croire atteinte de maladies les plus extraordinaires. Mais elle ne peut préciser lesquelles. Ce processus l'amène à croire que sa mort est prochaine.

Le mari, inquiet de ces troubles mentaux, fait rapatrier sa femme. Mais cette idée se transforme chez la malade en obsession de la mort, sans angoisse apparente et sans crainte. Elle trouve cela triste et c'est tout. Elle est résignée, nous dit-elle.

Cet état dure plusieurs années sans varier, et Mme S... finit par s'étonner de n'être pas encore morte. Elle se rend compte de l'absurdité de ses dires, mais sans pouvoir chasser cette idée. Elle pense à la mort à chaque instant. Toute son activité psychologique évolue autour de ce thème.

A chaque instant, la malade répète « je vais mourir », ce qui chez elle équivaut à dire : « je suis donc bien fatiguée ».

Dans le cas présent, l'idée de mort est simplement l'expression d'un état de faiblesse physique, d'asthénie et d'abaissement des facultés mentales.

Il est remarquable de voir que le fils de cette malade, âgé de 14 ans, a hérité de l'obsession de sa mère. Comme elle, il répète à satiété : « je vais mourir » au moindre malaise et souvent hors de propos. Cet enfant n'est pas très intelligent, mais se porte bien physiquement.

Ce n'est pas un obsédé à vrai dire, mais seulement un imitateur. En entendant sa mère répéter les mêmes paroles, il se suggestionne et fait comme elle.

Interrogée sur ses antécédents, Mme S... nous annonce que sa mère, qui est une mélancolique anxieuse, a été internée. Elle a une sœur atteinte de délire mystique.

OBSERVATION III.

(Pierre JANET.)

Mlle M..., 21 ans, est obsédée par l'idée de mort d'une façon atroce.

La malade ne présente aucun antécédent héréditaire d'ordre névropathique. Son père et sa mère étaient déjà âgés lors de sa naissance. Sa mère avait alors 52 ans et le père 58. Elle a deux sœurs plus âgées qui sont très bien portantes.

Dans son enfance, Mlle M... avait très souvent des terreurs nocturnes, suscitées par le moindre bruit et souvent sans objet. Depuis l'âge de 17 ans, elle a eu toujours une série de phobies : peur des petites bêtes (poux, punaises, moucheron). Ces phobies étaient parfois remplacées par des manies : manie de la propreté, manie de la précision. Vers 20 ans, elle eut la phobie des fonctions intestinales : Aller à la selle était pour notre malade un objet de terreur. Bientôt, cette phobie fit place à la manie de la perfection

des selles, qui l'amenait à la garde-robe huit ou dix fois dans une journée.

Son médecin essaya de réduire ces manies et ces phobies; elle eut alors des angoisses terribles avec sensation de mort imminente. La peur de l'angoisse devint bientôt la peur de la mort, et actuellement, à chaque crise d'angoisse, elle a la phobie de la mort, quelle que soit la cause de cette angoisse.

Ainsi Mlle S..., dans sa phobie des petites bêtes, porte souvent son mouchoir à son nez pour empêcher les moucheron d'y pénétrer. Si on lui enlève ce mouchoir, la malade est prise d'une angoisse extrême, avec sensation de mort imminente.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Mme B..., institutrice, âgée de 32 ans, est une psychasthénique.

Dans ses antécédents personnels, nous notons que Mme B... fut atteinte de typhoïde à l'âge de 15 ans; revenue à la santé, elle dut réapprendre l'orthographe. Elle eut toujours des idées ambitieuses, mais n'eut jamais la force de travailler pour les réaliser.

Ses parents sont morts tous deux. Sa mère, une persécutée, se suicida. Le père, devenu gâteux peu après, est mort dans une maison de santé. Elle a un frère qui est un incapable, inintelligent et de caractère violent.

Notre malade commença par s'interroger sur le futur, sur l'avenir immédiat. Elle avait la crainte du lendemain. Puis elle se demanda comment elle serait dans dix ans, à quel poste serait-elle nommée ? Bientôt, elle dépasse toutes ces échéances et s'interroge sur ce qui adviendra après sa mort.

Ces ruminations altèrent sa foi, elle se met à douter de cette immortalité dont elle a rêvé longtemps, et la mort lui paraît alors terrifiante avec le néant au delà. Dès lors, ses idées se fixent sur la mort, elle ne pense plus qu'à cela. Elle associe son mari à ses phobies. « Quand mourra mon mari ? Ai-je bien fait comprendre à mon mari qu'étant plus âgé que moi il avait bien des chances de mourir le premier ? » Cette pensée égoïste semble la calmer, mais

elle reprend aussitôt : « d'ailleurs, n'est-il pas possible que je meure la première ? »

Ces idées finissent par ne plus l'angoisser, comme il arrive dans les véritables ruminations, où l'agitation mentale est plus grande que l'excitation viscérale.

A noter que chez cette malade l'angoisse, d'ailleurs légère, ne survient què quand elle veut se débarrasser de ses pensées.

Il est curieux de remarquer l'alternance des troubles cérébraux et des troubles digestifs. Quand les troubles cérébraux se calment, la malade ne digère plus du tout. Il y a atonie de l'estomac, flatulence, fermentations anormales, résorption de produits toxiques, migraines...

OBSERVATION V (Résumée).

(RAYMOND et JANET.)

Mme L..., 50 ans, a toujours été nerveuse et impressionnable. Elle est cependant restée raisonnable jusque il y a trois ans. A cette époque, elle perdit sa fille unique, âgée de 26 ans, morte de méningite. Ce deuil la bouleversa.

Avec son mari, elle voulut habiter près du cimetière où était inhumée sa fille. Elle fit bâtir sur la tombe un monument assez élevé pour être vu de sa fenêtre.

Mme L... s'enferma alors chez elle pendant deux ans et contempla ce monument. L'an dernier, à l'époque de sa ménopause, elle dut subir une opération chirurgicale qui la laissa faible et troublée. Elle commença à s'appliquer les idées dont elle s'entretenait depuis deux ans à propos de sa fille. Actuellement, elle présente des crises d'angoisse, avec terreur de la mort.

OBSERVATION VI (Personnelle).

M. B..., âgé de 52 ans, a eu une enfance très particulière. Il fut toujours timide, n'osant pas prendre part aux jeux de ses camarades. Jeune adolescent, il resta à l'écart des réunions et des bals. Il n'osait adresser la parole aux jeunes filles.

A 12 ans, il commença à se masturber de façon régulière et fréquente. Il songe qu'il va se tuer en agissant ainsi, mais ne peut s'empêcher de continuer par manque de volonté.

A 18 ans, il fut atteint de pneumonie et eut de grandes craintes sur sa santé. Il vit depuis avec la peur constante de mourir.

B..., interrogé sur ses parents, nous déclare que son grand-père était alcoolique et mourut dans une crise de delirium tremens. Son père, mort il y a dix ans à l'âge de 63 ans, était atteint depuis longtemps de délire mystique.

Il n'a ni sœurs ni frères, mais deux cousines du côté paternel atteintes d'hystérie.

B... est un être malingre, voûté, à l'aspect vieillot, ayant peu de résistance physique et un manque absolu de volonté. Le moindre ennui dans la vie le laisse désespéré. S'il doit sortir, il a peur de mourir, renversé par une auto ou écrasé par un tramway. Toutes ses pensées évoluent autour du même thème : la crainte de mourir. Voit-il un chien, il a peur qu'il ne soit enragé et le morde pour le faire mourir. Prendre le train est au-dessus de ses forces. Il a peur de mourir-avant d'arriver à destination.

Interrogé sur la cause de cette phobie, il nous répond : « Que voulez-vous, je me sens incapable de résister et de lutter pour vivre, et cependant je ne veux pas mourir. »

OBSERVATION VII (Personnelle).

Mlle B..., 26 ans, est une mélancolique anxieuse chez qui la phobie de la mort est un des traits saillants de la maladie.

Mlle B... n'a aucun antécédent pathologique, cependant, au dire de sa famille, elle a toujours été une enfant triste, morose, ne s'amusant guère. Depuis quinze ans, elle a des règles régulières, mais peu abondantes. Elle est grasse, mais pâle, sans aucune énergie.

Cette malade, dès son entrée dans le service, a manifesté une phobie de la mort qui la rend très malheureuse. « Je ne veux pas mourir, Docteur, ne me tuez pas, je veux voir maman avant de mourir. »

Quand nous lui demandions ce qui lui permettait de croire qu'elle allait mourir, elle répondait : « Je sens que ma dernière heure est venue; je le lis dans vos yeux, mais vous ne voulez pas me le dire ! ». Là-dessus, elle éclatait en sanglots, nous implorant de la sauver et appelant sa mère.

Elle refusait de manger, disant à son infirmière : « à quoi bon puisque je vais mourir ? »

Un jour, nous lui avons demandé pourquoi elle avait si peur de la mort. « J'ai l'âme chargée de péchés, et si je meurs maintenant j'irai en enfer. Laissez-moi vivre encore pour me racheter. »

Mlle B., se complait dans sa phobie, allant jusqu'à se représenter son enterrement et sa vie future, qu'elle narre avec force détails macabres.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Mme J., 50 ans, est sans antécédents héréditaires ni collatéraux. Elle a eu une enfance normale, fut réglée à 14 ans, se maria à 18 ans, fut épuisée par cinq grossesses successives.

Elle avait à sa charge un garçon qu'on lui avait confié. Il partit au bain avec d'autres enfants. Pendant son absence, elle crut entendre dire qu'un de ces enfants s'était noyé. Elle attendit deux heures dans une grande terreur; l'enfant revenu, cette terreur ne se calma pas, mais changea de sujet. Elle se mit à se préoccuper de sa mort, car elle se trouve, dit-elle, dans un état justifiant les pires appréhensions.

La malade prétend éprouver à chaque instant un grand saisissement : « Il y a quelque chose dans mon estomac qui remue et me fait peur. J'éprouve alors de grandes sueurs aux membres. J'ai, en même temps, des sentiments vagues, et une appréhension de quelque chose, qui est comme un pressentiment de ma mort. »

La radiographie permit de découvrir chez cette malade un ulcère de la petite courbure qui ne s'était manifesté par aucun signe clinique habituel.

Conclusion.

Ces quelques observations nous montrent que ces phobies de la mort, aspect particulier de la constitution émotive, suivant la règle de toutes les obsessions, ne sont pas une maladie nouvelle frappant des êtres normaux. Elles ne sont qu'une accentuation, une aggravation d'un état de faiblesse intellectuel et physique vraisemblablement congénital.

Les deux facteurs étiologiques principaux sont ici l'hérédité névropathique et l'affaiblissement de l'organisme. A côté d'une hérédité plus ou moins chargée, nous trouvons souvent l'action débilitante du surmenage physique et intellectuel.

Ces malades ont le sentiment de leur incomplétude et se rendent, en général, compte qu'ils sont moins armés que les autres dans la lutte pour la vie. Ils mènent un combat perpétuel avec la crainte de succomber.

L'obsession de la mort est, en pareil cas, la traduction de ce sentiment de faiblesse.

La cause première de ces phobies de la mort est souvent d'ordre organique. En effet, à l'origine des troubles mentaux dont souffrent les malades, il y a, dans de nombreux cas, une crise de pseudo-angor; les maladies de cœur, en particulier, ont une influence incontestée qui a déjà été mise en vue par Saucerotte dans son livre *De l'influence des maladies de cœur sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme*.

Au cours d'une maladie organique, le malade déjà psychasthénique ressent des troubles et des douleurs si forts qu'il croit mourir. Peu à peu, ces troubles se calment, les craintes disparaissent, mais ces accès se reproduisent, ramenant les craintes et bientôt c'est la phobie de la mort qui devient de premier plan; elle s'installe même hors des crises organiques. On peut même remarquer ce phénomène curieux : que les crises d'angoisse morale font reparaître la crise organique.

Morel écrit : « On comprend la périodicité des exacerba-

tions de nos malades atteints de maladies du cœur : hypertrophie, insuffisance auriculo-ventriculaire. Ces accès périodiques sont toujours en rapport avec une plus grande difficulté de respirer, un état d'œdème des membres inférieurs, une inquiétude, et parfois une irritabilité indicible. J'ai souvent constaté des tendances hypocondriaques, des hallucinations, des obsessions qui surgissaient avec l'obstacle à la circulation et avec la congestion cérébrale qui en était la conséquence. »

Dans l'observation inédite de M. B..., la cause organique est évidente. Le malade est, en effet, formel à ce sujet : sa phobie a débuté lors d'une pneumonie, la maladie organique guérit sans séquelle, mais les troubles mentaux nés à cette occasion ont persisté depuis.

Informons-nous soigneusement des moindres circonstances au cours desquelles s'est développée la première crise d'angoisse. Le malade nous renseignera toujours et complaisamment sur les divers symptômes qui brutalement se sont développés en lui. Écoutons-le : à la description qu'il nous fait nous reconnaissons des formules classiques. Son intelligence, sa culture lui permettent à peine de modifier l'expression verbale, il dépeint avec les mêmes gestes que l'homme de condition inférieure, avec les mêmes comparaisons, des images identiques, et ce qu'il a souffert et l'interprétation soudaine qu'il fait de ses troubles. Le choc fut si violent et l'interprétation si cruelle; la crainte de la mort fondée sur les manifestations physiques que l'on sait à ce point douloureuses que l'on peut à bon droit se demander si les autres crises ne furent pas le plus souvent dues au souvenir de la première.

Mais nous ne devons pas oublier le point de vue pratique. Quels que soient les antécédents héréditaires ou personnels de notre malade, même si déjà dès sa première enfance il avait démontré son hypersensibilité, n'est-il pas expédient de rechercher les causes morales et physiques dont l'action combinée aboutirent un jour à ce syndrome complexe : la

crise anxieuse? Il est possible, nous l'avons vu que dans le cours de la première crise, le sujet rapporte les sensations éprouvées à un autre objet que la mort, ou à la pensée de la mort d'un autre. Il est possible aussi que la crainte de sa mort imminente vienne l'assaillir aussi.

Laissons de côté momentanément ces diverses modalités pour revenir à la question posée : Pourquoi le déclenchement est-il imprévu, dramatique, survenant parfois en pleine nuit, peut-être au cours d'un rêve? Le problème est difficile à résoudre. La clinique nous permet du moins d'en saisir quelques aspects. Nous le disions plus haut, l'influence des causes morales est indéniable, celle des causes physiques ne l'est pas moins. Cherchons et nous aurons souvent la bonne fortune de trouver la raison des signes d'asthénie physique dans des troubles digestifs, une auto-intoxication gastro-intestinale, une poussée infectieuse, dans un épisode non équivoque de tuberculose larvée, ganglionnaire ou pleurale; auscultons donc tous nos anxieux; dans des événements pathologiques qui probablement se préparent depuis longtemps, mais dont l'évolution par saccades imprime à l'organisme une série de chocs difficiles à supporter. Une crise anxieuse chez un psychasthénique n'est pas faite uniquement de souffrances morales mais aussi de manifestations organiques, qui ont leur raison d'être dans le déséquilibre physique.

CHAPITRE II

DELIRE D'IMMORTALITE

Baillarger, en 1861, publia quelques observations de malades atteints de délire de négation, avec idées de non-existence, d'énormité ou d'immortalité. Il considéra ce délire comme caractéristique de la paralysie générale, et, pouvant à lui seul assurer le diagnostic de la maladie.

Depuis, les études faites, notamment par Cotard en 1882, ont montré l'existence de ce syndrome dans les formes graves de la mélancolie.

A diverses époques, les auteurs furent divisés sur la valeur à attribuer à ce syndrome. Baillarger, nous l'avons vu, le considérait comme propre à la paralysie générale. Cotard prétendait qu'il constituait une forme de mélancolie anxieuse.

De nombreux auteurs, entre autres Séglas (Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, 1885) et Dagonet (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1891) pensent que ce syndrome n'indique qu'un état délirant spécial à certaines formes de mélancolie. D'autres auteurs enfin ont émis l'hypothèse que ce « syndrome de Cotard » ne serait tout simplement qu'un « symptôme » de chronicité et de gravité de certaines formes de mélancolie.

L'élément principal du syndrome de Cotard (appellation proposée par Régis), c'est le délire de négation avec idées d'énormité révélant diverses formes :

a) Certaines idées intéressent la personnalité morale ou intellectuelle du sujet;

b) D'autres se rapportent à la personnalité physique. Le malade, par exemple, nie l'existence de certains organes;

c) Certains malades enfin ne croient plus à l'existence du monde extérieur;

d) Il y a des malades qui nient leur propre existence;

e) Par étapes, les malades arrivent à se croire immortels. Cette idée d'immortalité naît par déduction logique du délire de négation. N'étant plus dans les conditions normales d'existence, le malade arrive à se croire soustrait aux lois qui gouvernent le monde.

Cette idée d'immortalité, qui seule nous arrêtera, est très complexe. Elle ne représente pas, comme l'avait cru Baillanger, une idée de grandeur, mais bien une idée hypochondriaque.

Ces malades ne sont immortels que pour « souffrir », écrit Séglas. Lorsque ces malades disent « être morts et ne pas pouvoir mourir » il y a là moins une contradiction que l'expression des sentiments étrangers qui les agitent.

OBSERVATION I (Personnelle).

Chez Mme B..., les troubles intellectuels ont débuté par un délire mélancolique avec-anxiété.

Notons que le père de la malade est mort au cours de son internement dans une maison de santé où il avait été placé, parce qu'atteint de délire de persécution. La mère de Mme B... est bien portante quoique âgée de 78 ans. La malade elle-même, aujourd'hui âgée de 52 ans, prétend n'avoir jamais été malade précédemment. Elle a deux frères et une sœur bien portants.

La maladie a débuté il y a cinq mois après la mort d'un de ses enfants enlevé par une méningite. Au début, la malade ressentit une sensation de faiblesse et un malaise général accompagné de découragement et d'inquiétude.

A son entrée Mme B... est très anxieuse, elle se croit une mère indigne et s'accuse d'être responsable de la mort de son enfant. Elle croit subir une influence mystérieuse et néfaste qui la pousse

au mal. Elle est dégoûtée de la vie, refuse par intervalle de s'alimenter et essaie de se suicider à maintes reprises.

Cet état dure environ dix mois, puis apparaissent de nouvelles idées délirantes. Alors qu'au début elle se croyait responsable de la mort de son enfant pour ne l'avoir pas soigné, mais était convaincue qu'il était mort de maladie, elle s'accusa alors de l'avoir tué. Bientôt elle prétendit avoir non seulement tué tous ses enfants, mais aussi ses frères et belles-sœurs. Non contente de tuer, elle volait des vêtements et de la nourriture. Pour la punir ses souffrances dureront toujours.

Au bout de quelque temps, la malade prétendit n'avoir plus ni cœur ni poumons, elle ne respire plus et avec cela elle est condamnée à l'immortalité sous la forme actuelle. Une pareille existence, qui n'en n'est pas une, ne peut durer et cependant elle ne peut cesser. Son supplice est de ne pas respirer, ne pas vivre, ne pas mourir. Ce serait trop commode si elle pouvait mourir, mais elle est condamnée à l'impossible.

Chez cette malade on trouve une analgésie presque complète. Elle se frappe la tête contre les murs, s'arrache les cheveux par poignée, sans qu'un muscle de sa face se crispe, et reste insensible à toute excitation douloureuse.

Mme B... essaie sans cesse de respirer en se bouchant les narines et en fermant la bouche : « C'est une chose qu'on ne peut faire et moi je suis condamnée à l'impossible pour toute l'éternité », nous dit-elle. « Vraiment mieux vaut mourir que d'être immortel. »

Cet état dure ainsi une année s'accompagnant par intervalles de plus en plus rapprochés de refus d'aliments, nécessitant la nourriture à la sonde. Une amélioration s'étant produite, la malade est reprise par sa famille. Mais le délire persistait et voulant un jour démontrer son immortalité à une personne incrédule, elle se lança par la fenêtre du premier étage avant qu'on ait pu intervenir. Le résultat de la chute fut une fracture de cuisse.

Après cette démonstration, la famille replaça la malade à l'asile.

OBSERVATION II (Personnelle).

Mme L..., 48 ans, mélancolique, anxieuse, présente actuellement des idées d'immortalité.

Antécédents héréditaires : Père très nerveux, mère mélancolique anxieuse.

Antécédents collatéraux : Frère très original?

Antécédents personnels : Développement physique régulier, règles à 15 ans. Intelligence faible, nature émotive et scrupuleuse, a eu quatre accouchements sans accidents.

Le début de la maladie remonte à six mois avant la première admission dans la maison de santé de... Il y a de cela quatre ans. Ce début fut marqué par un malaise, une faiblesse générale. La malade perdit toute activité et eut peur de voir son commerce périlcliter. Elle s'accusa d'avoir mal fait ses comptes, d'avoir trompé le monde. Pour la punir elle devait être suppliciée, écartelée.

A son entrée, le facies de la malade était anxieux, elle était gémissante, ayant peur de tout, même d'un chat. Pendant quelques mois elle ressasse les idées de culpabilité que nous avons énoncées plus haut. Puis à ces troubles fait suite une grande confusion, la malade ayant perdu la notion du temps et de ses actes antérieurs.

Bientôt cette confusion cède à son tour la place à des hallucinations auditives. La malade s'entend appeler empoisonneuse.

Peu à peu ces troubles s'atténuent, la malade sort après dix mois d'internement.

Au bout de quatre mois survient un deuxième accès motivant le retour de la malade. L'état délirant a la même forme que la première fois : idée de culpabilité, crainte des supplices, interprétations délirantes, refus d'aliments.

Après un séjour de deux mois, la malade quitte l'asile.

Quatre mois plus tard, troisième accès. Même état d'anxiété, mêmes idées de culpabilité, même crainte des supplices, mais cette fois, au bout d'un mois apparaît un facteur nouveau, à savoir : délire de négation. La malade déclare : « Je ne suis plus du tout comme auparavant, je n'ai plus de chair, plus de sang, mon cœur

ne bat plus. Je n'ai plus d'estomac, mes os ont changé de forme, mon cou est démolé... »

Nous notons encore ici une hypoesthésie notable. La malade est insensible aux piqûres, aux pincements.

Au bout de quelques semaines, on voit apparaître quelques idées d'immortalité. La malade se déclare « vouée au supplice éternel et condamnée à rester ainsi dans cet état informe pour expier ses crimes ».

A noter ici que ce n'est qu'au troisième accès de mélancolie que la malade présenta les idées actuelles de négation, d'énormité et d'immortalité.

OBSERVATION III (Personnelle).

Mme M..., 50 ans, mélancolique anxieuse. Entrée à l'asile en mars 1919, y séjourna deux ans. Le début de la maladie fut marqué par des troubles généraux. Céphalée, douleurs musculaires et articulaires généralisées. La malade, très active jusqu'alors, dut cesser son commerce parce qu'elle était trop faible. Elle avait des accès de peur irraisonnés qu'elle ne pouvait maîtriser. A l'asile, ces terreurs ne firent que croître, devenant presque continues, sans raison. Elle craignait toujours qu'on ne la fasse mourir ou qu'on ne la jette à la rue toute nue. Elle gémissait, criait et devenait furieuse, se débattant contre ces craintes. Elle croyait parfois entendre des voix qui l'injuriaient, ce qui augmentait sa terreur. Par moments, elle insultait sa fille, voulait la tuer.

Cet état d'agitation anxieuse persista deux ans, puis disparut. La malade sortit de l'asile en juillet 1921.

Mme M... s'occupa de ses affaires pendant onze ans sans ressentir aucun trouble, dit-elle. D'abord gérante d'une recette buraliste, elle s'occupa ensuite jusqu'au mois d'octobre dernier comme agent d'une compagnie d'assurance. La suppression de son poste la laissant sans occupations raviva ses craintes; elle vit renaître son anxiété et entra à l'hôpital.

La malade se présentait à l'entrée avec un facies caractéristique, la face cyanosée, le regard triste et vague, les traits tirés. Pendant

quinze jours, la maladie revêtit le même type que lors de son premier séjour à l'asile. La malade s'accusa ensuite d'être une femme malhonnête, de n'avoir pas élevé ses enfants dans le devoir. Puis apparut la crainte des supplices, c'était pour la brûler et l'ébouillanter qu'on la mettait au bain. Les idées d'énormité parurent alors : la malade, certaine nuit, réveille son infirmière parce que, devenue énorme, elle ne peut plus contenir dans sa chambre. Le lendemain, elle déclare que ses deux fesses se sont superposées, qu'elle n'a plus d'anus et ne peut plus s'asseoir. Ces idées de négation évoluant, elle finit par déclarer n'avoir plus d'estomac, plus de ventre, que ce que l'on voit est en carton frippé. Vers la fin de novembre, la malade se déclare immortelle. J'ai fait trop de péchés pour ne pas expier. Je dois rester ainsi toute l'éternité.

Actuellement, la malade est toujours dans le même état.

Conclusion.

A propos du syndrome de Cotard, Dagonet écrit dans son *Traité des maladies mentales* : « Le siège et les causes des anomalies de la sensibilité générale qui semblent présider au développement de ce délire, sont difficiles à comprendre. Elles peuvent être liées à une sorte d'analgésie. Il se peut aussi que certaines modifications obscures de la sensibilité générale donnent naissance à ces conceptions délirantes. »

L'anesthésie, ou l'hypoesthésie, que nous avons notée dans nos observations nous permet de supposer que le sentiment d'arrêt des fonctions psycho-organiques, qui correspond chez ces malades à une certaine réalité, est parvenue à une telle intensité, qu'ils ont l'impression d'être figés, inertes, hors du temps. C'est cela qu'ils tentent d'expliquer dans leur délire métapsychique. Peu à peu, au fur et à mesure que la maladie progresse, le trouble s'étend à la perception du monde extérieur, qui se vide d'intérêt, devient terne, atone, et le malade en arrive à nier son existence.

La part que prend la conscience à l'atteinte profonde de l'affectivité donne au délire ses éléments.

CHAPITRE III

DU SUICIDE

Les idées de suicide, les tentatives et le suicide lui-même sont déterminés par des motifs si divers qu'on ne peut les confondre sous une même dénomination. L'élément passionnel est une des situations où le suicide se commet parfois avec une instantanéité effrayante. La perte de la fortune et de l'honneur, le désespoir amoureux, fournissent des causes journalières de suicide.

Dans la plupart de ces circonstances, le suicide ne peut être considéré comme un symptôme d'aliénation mentale.

Mais il est des formes d'aliénation où le suicide semble faire partie de l'élément constitutif de la maladie mentale; ce sont les diverses formes de l'hypochondrie, de la mélancolie, des délires hallucinatoires.

Les petits anxieux fournissent un contingent élevé au suicide, ils se tuent directement ou se mutilent et meurent ensuite. Nous avons vu M. X..., qui semblait atteint de mélancolie peu grave, se sectionner les parties sexuelles. Cette mutilation fut cause d'une gangrène et de troubles trophiques qui amenèrent la mort en trois semaines. L'arme avait été une lame de rasoir que le malade avait réussi à cacher dans la doublure de son gilet.

Les hallucinations commandent le suicide à une foule de malheureux dans la période d'exaltation. Les malades atteints de délires mystiques croient faire un acte agréable à Dieu en se tuant.

Les persécutés espèrent par ce moyen échapper aux poursuites de leurs ennemis. La plupart des mélancoliques présentent à une époque de leur maladie des idées de suicide.

Ces malades souhaitent la mort comme trêve à leurs souffrances. Mais l'aboulie qui caractérise leur état ne leur permet que rarement de mettre en exécution ces projets, qu'ils ruminent de longs jours et dont ils retardent toujours la mise en exécution. Cependant, sous l'empire d'un accroissement de leur douleur, pour la fuir, ils en arrivent à attenter à leur vie.

« Les maniaques se tuent, dit Esquirol, et la réflexion n'est pour rien dans leur détermination. Ils se précipitent ordinairement, ce qui prouve qu'ils obéissent à une impulsion aveugle, par l'emploi du moyen le plus facile, le plus à portée de tout le monde. Les maniaques vivent d'illusions, saisissent mal les rapports, sont poursuivis de terreurs paniques, sont le jouet d'illusions, d'hallucinations. L'un, croyant ouvrir la porte de son appartement, ouvre la croisée et se précipite croyant descendre l'escalier. Quelques malades qui manifestaient des intentions de suicide et que nous avons interrogés, nous ont déclaré avoir bien envie de mourir, mais ne pas oser, parce que catholiques. Pour elles, le salut de leur âme est primordial. D'autres continuent à souffrir, car pour elles après la mort c'est le néant, le gouffre de l'inconnu, qui les épouvante et refrène leur désir.

Certaines personnes que nous avons vues après des tentatives de suicide, n'ont pu nous donner aucune raison valable de leur geste absurde. Nombreuses sont celles qui prétendent ne plus se souvenir des motifs qui les poussaient à agir. Quelques-unes disent ne pas s'être rendu compte des conséquences de leur acte, et n'avoir pas réfléchi que la mort pourrait en être la conséquence. Il y a là la marque d'un trouble manifeste de l'intellectuel.

Nous avons remarqué, du reste, que ces tentatives de suicide, survenant chez des mélancoliques, étaient le plus souvent ridicules et peu dangereuses. Quand elles réussissent c'est inopinément, sous le coup d'une anxiété subite ou l'empreinte de la volonté est le plus souvent absente. Ce qui nous a amené à penser que dans les tentatives volontaires il fallait peut-être faire une large part à la mise en scène.

OBSERVATION I (Résumée.)

(RAYMOND et JANET.)

Mme R... est atteinte de délire de persécution; pour échapper à ses bourreaux elle saute par la fenêtre, seule issue ouverte devant elle. Une fracture de la colonne vertébrale fut la conséquence de sa chute et entraîna la mort en douze jours.

OBSERVATION II.

(DAGONET.).

M. D... affirme être possédé du démon, qui habite son ventre sous forme d'un serpent. Il s'établit parfois entre eux des dialogues au cours desquels le malade reproche au diable de lui donner de mauvaises pensées.

Il demande à mourir pour ne pas être entraîné vers l'enfer. Le secours des prêtres est vain et ne le débarrasse pas de son serpent. Certain jour il se fit au cou une entaille profonde à l'aide d'un couteau dérobé à la cuisine. La blessure guérit rapidement.

Le démon continua à l'habiter et ses souffrances devinrent telles que malgré la surveillance, il déroba un vieux morceau de fer rouillé à l'aide duquel il s'ouvrit le ventre, se faisant une plaie déchiquetée, perforant l'intestin. Le malade mourut trois jours après, la plaie s'étant infectée. Avant de mourir, le malade se déclara satisfait d'avoir délogé le diable, ce qui lui permettait de gagner le ciel.

OBSERVATION III.

(RAYMOND et JANET.)

Janet signale le cas d'une personne de 32 ans, qui après opération d'un ulcère de l'estomac resta très faible quand elle se leva. Elle ne peut rester debout sans éprouver une grande terreur; en essayant de chercher la cause de cette frayeur, elle finit par se

persuader que près de chez elle était une rivière qu'il fallait passer sur un pont, que dans sa faiblesse elle risquait de tomber à l'eau en faisant cette traversée. Peu à peu cette idée s'est modifiée, se transformant en phobie du suicide. La malade prétend être poussée par une force inconnue mais irrésistible à se jeter à l'eau. En même temps elle a peur de succomber à la tentation et évite l'approche de toute rivière ou ruisseau. L'attrait est cependant plus fort que la volonté et certain jour elle se jette à l'eau. Ses appels au secours sont entendus, elle est retirée de la rivière mais meurt deux jours après.

Cette malade était une mélancolique, qui a fini par se suicider sous l'empire de l'angoisse, à un moment où toute volonté était annihilée chez elle.

OBSERVATION IV.

(BONNET.)

La nommée D... entra à l'asile de... en... Cette fille impressionnable a été confiée de bonne heure à des religieuses qui ne surent pas suffisamment la guider, et l'élevèrent dans des principes trop austères. Elle fut frappée des redoutables vérités du dogme catholique. Revenue chez son père à 15 ans, elle montra le plus profond dédain pour les travaux des champs. A son sens ce n'était pas la chose importante. Prier, faire des pèlerinages, voilà ce qui lui paraissait digne d'occuper sa vie; des scrupules excessifs se glissèrent dans son âme. Elle s'imaginait sans cesse avoir fait du mal à Dieu, et, pour l'expier, fit plusieurs tentatives de suicide. On dut l'interner. Après un séjour d'un an à l'asile elle sort grandement améliorée.

Six mois après, elle se dégoûta de son travail et reprit avec ardeur ses exercices religieux. Elle disparaissait et s'en allait sans ressources en pèlerinage. Deux fois elle tenta de se supprimer, d'abord avec un rasoir qu'on lui ôta des mains, puis en se jetant dans un ruisseau de peu de profondeur heureusement.

La malade présente des hallucinations de l'ouïe et de la vue : elle voit et entend la Sainte Vierge avec qui elle converse.

A l'asile, elle se concentre dans une mélancolie extrême, incapable de travailler.

Toujours pleine de l'idée d'avoir fait du mal à Dieu, elle cherche à s'en punir en se frappant la tête contre les murs. Elle épie toutes les occasions de pouvoir échapper à la surveillance, afin de se donner la mort. Elle est couverte de meurtrissures qu'elle s'est faites; elle refuse toute alimentation; quelles que soient les représentations, les conseils qu'on lui donne, elle se renferme dans le mutisme.

Trois mois après son entrée on s'aperçut que la fille D... avait non seulement des idées de suicide, mais aussi des instincts homicides. Elle saisit violemment les malades à la gorge et sans le secours des gardiennes elle en étranglerait. Cette tendance étant devenue continuelle on dut la camisolier. Ne pouvant plus saisir les malades à la gorge, elle les mord, parce que, disait-elle, il était nécessaire qu'elle les fit mourir pour gagner le salut éternel.

La fille D... est restée longtemps dans cette situation, ayant les mêmes desseins de mort contre elle-même et contre les autres. On désespérait de la guérison. Peu à peu la malade se réveilla aux sentiments affectifs. On put la distraire et l'employer au jardinage. Elle commença à voir la fausseté de ses conceptions et ne sembla plus avoir d'idées de suicide.

Conclusion.

Le nombre d'observations de suicides pourrait être multiplié presque à l'infini. Il suffirait de découper les faits divers des journaux. La multiplicité des observations nous permet de nous rendre compte de la diversité des motifs qui sont le plus souvent apparents. Mais il serait intéressant de savoir quelles sont les causes profondes du suicide et de son augmentation effrayante à notre époque.

Le Docteur Lisle, dans son ouvrage *Du suicide chez les enfants*, accuse l'instruction donnée aux enfants. Il écrit notamment : « Depuis longtemps, la fréquence du suicide

est en raison directe de l'état d'instruction. » Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, critiquant le précédent auteur, attaque surtout l'éducation familiale et la littérature. Mais il est d'autres causes plus probantes du suicide et en premier lieu l'hérédité névropathique. « Les folies héréditaires, dit Morel, sont au premier plan des névroses amenant le suicide. »

Esquirol a écrit : « Certaines époques de la vie, la puberté, les grossesses, la ménopause sont souvent une période d'incubation de suicide... Il est des affections du tube digestif, de la peau, telles que la pelagre au cours desquelles se développent de singulières tendances au suicide. »

Mais revenons à notre sujet et nous verrons que certaines idées délirantes conduisent directement au suicide. Tels sont les cas dans la mélancolie. Nous avons déjà noté que les petits anxieux peuvent se suicider soit directement, très souvent par pendaison, soit indirectement, par mutilation.

Dans les délires toxiques, le suicide survient souvent, mais il n'est pas toujours désiré. Tel est le cas de cet alcoolique aigu, avec hallucination de la vue lui faisant voir la guillotine et amenant une terreur, panique qui provoqua sa fuite et le fit sauter à l'eau.

Dans la fièvre typhoïde, les cas de suicide ont été parfois notés.

Il faut distinguer les pseudo-suicides des vrais. Tel est le cas de Mme B... que nous avons exposé dans une observation personnelle, au sujet du syndrome de Cotard. Un jour, pour démontrer à une personne incrédule son immortalité, elle se lança par la fenêtre, se fracturant la cuisse.

Comme autre exemple de pseudo-suicide, nous citerons celui de Mme P... qui, en traitement à la maison de santé de Saint-Souf, et atteinte de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, entendit une nuit des voix lui ordonnant de fuir et de rentrer chez elle. Sa fenêtre était ouverte au premier étage, elle l'enjamba et se fractura la colonne vertébrale.

CHAPITRE IV

LES DELIRANTS QUI NE CROIENT PAS A LA MORT D'AUTRUI

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PERRENS.)

Le 26 juin 1930, Mme K..., femme divorcée D..., âgée de 40 ans, de nationalité autrichienne, entrain à la maison de santé de Château-Picon, venant de Biarritz.

Il fut d'abord absolument impossible d'avoir par elle le moindre renseignement sur son passé et sa famille. Les personnes qui l'accompagnaient purent nous dire qu'elle avait eu une vie plutôt étrange, où les changements de pays et les voyages s'étaient produits bien souvent. Au cours de cette vie, la malade avait déjà eu une série d'accès analogues à celui qui avait provoqué son placement dans notre maison. Nous ne devons pas tarder à apprendre que Mme K... avait une sœur habitant l'Autriche, qui, mariée et mère de famille, avait eu dans sa vie des accès nombreux de psychose maniaco-dépressive qui l'avaient obligée à entrer dans diverses maisons de santé à douze reprises différentes. Nous apprîmes aussi que Mme K... avait un frère qui vivait à Londres, dont personne n'indiquait le tempérament pathologique et qui pourtant, nous le verrons dans la suite, devait se comporter d'une manière particulièrement dramatique.

Mme K... présentait tous les signes d'un accès de manie aiguë, caractérisé par une agitation violente et continuelle, des propos le plus souvent incohérents, des affirmations délirantes sur les sujets les plus divers, des hallucinations terrifiantes qui la faisaient

se dresser sur son lit brusquement et qui la poussaient à crier. Il existait également de l'insomnie, des troubles digestifs. L'examen révéla par surcroît, chez cette malade obèse et qui, en raison de son embonpoint, avait de la difficulté à se mobiliser, de l'arythmie cardiaque et une lésion mitrale cliniquement caractérisée par un souffle dur et râpeux de la pointe, se prolongeant vers l'aisselle, par de la dyspnée d'effort. L'agitation de la malade n'était pas faite pour améliorer les signes résultant de son affection cardiaque. Son indocilité, l'impossibilité où nous étions de lui faire admettre la nécessité d'un régime uniquement liquide et réduit, les crises de fureur où elle entraît, lorsqu'on lui refusait une alimentation solide, crises au cours desquelles, à chaque instant, on redoutait de la voir mourir, tout cela la plaçait dans les plus fâcheuses conditions. Digitaline, théobromine, ouabaine, caféine et spartéine, ventouses scarifiées, les médications classiques furent instituées. Mais l'œdème fit son apparition, augmenta d'une façon progressive au milieu d'un redoublement d'agitation; les signes de dilatation du cœur droit, devenaient de plus en plus redoutables. Et, cependant, dans la matinée du 8 septembre, Mme K..., étant assise dans son fauteuil, nous reçut d'une manière extrêmement aimable, consentit à nous parler en français, longuement, et de la manière la plus claire, montra l'intérêt qu'elle portait à sa propre santé et aussi à sa famille. Cette résurrection mentale se produisait au moment où les symptômes physiques étaient poussés au plus haut point : Anasarque généralisée, dyspnée intense, congestion passive des deux poumons, anurie, énorme dilatation du cœur. L'après-midi du même jour, nous étions prévenu que Mme K... venait d'être surprise par un accès de suffocation. Quand nous arrivâmes auprès d'elle, deux minutes après avoir été prévenu, elle était morte.

Pendant les vacances, au mois d'août, le frère de Mme K... était venu voir l'interne du Service de M. le Docteur Loo, qui ne lui avait pas caché combien était faible l'espoir que nous avions de guérir sa sœur. Le docteur Loo avait été frappé par le curieux optimisme de M. K..., lequel ne cessait d'affirmer que de pareils troubles, graves peut-être en d'autres circonstances et chez d'au-

tres malades, ne lui semblaient en l'espèce, sans qu'il en donnât les raisons, ne comporter aucun pronostic sombre.

Quand Mme K... fut morte, que son décès eût été dûment constaté par nous-même, on la transporta au dépositaire de la maison en attendant la cérémonie de la mise en bière. Cette cérémonie fut retardée pendant quelques jours, car la famille de Mme K... avait demandé son transfert en Autriche, et l'on attendait pour placer le corps dans le cercueil plombé, exigé par la loi, l'arrivée du frère, M. K..., qui se trouvait à Londres. Celui-ci se rendit à la maison de santé le troisième jour après la mort de sa sœur. En présence de quelques amis, il assista à la mise en bière et ne quitta le dépositaire que lorsque les scellés eurent été apposés par le Commissaire de police, le transféra en Autriche devant se faire dans l'après-midi du lendemain.

Nous ne connaissions pas encore M. K... Il se présenta le lendemain de la cérémonie, dans la matinée, alors que nous étions dans notre cabinet. Grand, chauve, un peu voûté, extraordinairement pâle, cet homme à qui l'on donnait moins de quarante ans, se mit à nous expliquer tout de suite, en un français très pur, mais avec un accent étranger prononcé, les raisons de sa visite. Quelques remerciements pour les soins que nous avions donnés à sa sœur, aucune curiosité de connaître en quoi ils avaient consisté; l'intérêt n'était pas là. « Je sais, docteur, que vous avez tout tenté pour ma sœur, *avant*. Puis-je vous demander ce que vous avez fait *après*. — Après ? — Après ce que vous appelez la mort ? »

Surpris par cette question, nous retraçâmes brièvement l'évolution de la maladie, les conditions de la mort, la constatation du décès, en ajoutant un mot sur les modifications qui s'étaient produites depuis le 8 septembre, les lividités si étendues, les phénomènes de décomposition. M. K... reconnut spontanément qu'il avait constaté lui-même ces derniers phénomènes où l'on voit généralement autant de preuves de la mort confirmée, mais il nous avoua que cela ne constituait pas pour lui des arguments suffisants; que, au demeurant, il avait de bonnes raisons de penser que sa sœur n'était pas morte et qu'elle se réveillerait bientôt de son sommeil. « J'ai porté de Londres, nous dit-il, une médaille miraculeuse. »

Cette déclaration nous surprit, car M. K... appartenait à une famille israélite; nous ne savions pas encore qu'il s'était converti au catholicisme. « J'ai porté une médaille miraculeuse dont la vertu est de faire renaître les gens que l'on dit morts. Cette médaille, immédiatement après mon arrivée dans le dépositaire, je l'ai glissée sous la tête de ma sœur, m'attendant à voir celle-ci se redresser aussitôt. J'aurai voulu attendre plus longtemps, mais, soit par timidité, soit par respect humain, je n'ai pas osé insister auprès de mes amis et du commissaire de police pour prolonger l'expérience. Que devient ma sœur ? Si elle revient à la vie dans son cercueil plombé, ce sera, sans aucun doute, pour mourir bientôt. Cette pensée m'est intolérable; il faut que le cercueil soit ouvert et que l'on s'assure de l'état où elle est. »

M. K... était si douloureusement sincère que nous ne nous sentions pas le courage de le rebuter. Il nous demandait de pratiquer de nouvelles expériences, sans lesquelles il sentait bien qu'il n'obtiendrait jamais le repos; mais nous avions le sentiment que son état d'esprit était tel qu'il serait bien difficile d'apaiser ses alarmes. Nous lui fîmes remarquer que le certificat de décès ayant été signé par nous, — et en admettant que l'autorisation nous fût donnée de rechercher de nouveaux signes de mort —, en particulier de sectionner une artère, le doute où il se trouvait risquerait de subsister et qu'il valait mieux, dans ces conditions, faire appel à un médecin différent, dont la compétence fit autorité. Ceci n'était pas pour nous dérober, puisque nous donnions notre promesse d'assister aux expériences, si l'autorisation était donnée de les réaliser.

M. K... devait, quelques minutes après notre entretien, se trouver à un rendez-vous avec le consul de son pays. Comme nous lui avions donné une lettre d'introduction auprès de M. le Professeur Lande, il renonça momentanément au rendez-vous en question pour courir chez M. le Professeur Lande, qu'il eut la bonne fortune de rencontrer. On se doute que le Professeur de médecine légale le reçut avec amabilité. Tout de suite, il proposa de téléphoner à M. le Procureur de la République pour savoir s'il était possible d'ouvrir le cercueil plombé et scellé, et il donna l'assu-

rance qu'il tiendrait M. K... au courant des événements. M. K..., très satisfait désormais, songea au rendez-vous qu'il avait retardé et s'éloigna en remerciant chaleureusement celui qui lui avait laissé son espérance.

Le lendemain, vers midi, M. Lande nous appelait au téléphone. « Il est arrivé, nous dit-il, une aventure bien singulière et pénible. J'avais reçu de mon mieux M. K..., que vous m'aviez adressé. Ce matin, je reçois de M. le Procureur de la République l'avis de pratiquer une autopsie médico-légale à l'institut de la Faculté. En voyant le nom de la personne dont il s'agissait, je crus que M. K... avait réussi dans ses démarches, que, d'ailleurs, j'avais amorcées. Sur la table de marbre, je vis, étendu, M. K... lui-même, qui, la veille au soir, dans sa chambre d'hôtel, s'était fait sauter la cervelle. »

Que s'était-il passé ? Les amis de M. K... l'avaient-ils empêché de poursuivre son dessein; avait-il rencontré des difficultés qu'il ne soupçonnait pas ? On sut que cet homme avait distribué les quelques objets qu'il avait emportés avec lui, avant de monter dans sa chambre pour se suicider. Nous avons dit qu'il appartenait à une famille israélite. Notre discrétion nous empêche de donner là-dessus quelques précisions qui eussent montré à quel point était portée parmi les siens la foi dans les destinées d'Israël. Sa conversion au catholicisme en est d'autant plus imprévue.

OBSERVATION II (Personnelle).

(Prise dans le service de M. le Docteur PERRENS.)

Mme D..., 60 ans, sans profession, entre à la maison de santé de Château-Picon le 7 août 1930.

Comme antécédents héréditaires, rien à signaler. La malade a un frère et une sœur bien portants; elle n'a pas d'enfants. La malade est veuve.

Il y a vingt-sept ans, la malade fut placée dans une maison de santé pour dépression avec idées mystiques. Son séjour y fut de trois mois. Le 23 mars 1929, le mari meurt subitement. A la suite

de cet événement la malade présente des idées de culpabilité, sans idées de suicide. En mai 1930, elle commença à affirmer que son mari n'était pas mort, que son neveu et sa nièce l'avaient mis en léthargie, et séquestré quelque part.

Le 7 août 1930, la malade se présente dans un état d'agitation extrême. Elle proteste contre son internement.

Le 8 août 1930, la malade est calme, souriante, mais son attitude témoigne une certaine anxiété.

Interrogatoire :

D. — Pourquoi souriez-vous ?

R. — Je n'ai pas envie de rire; vous croyez que c'est agréable d'être ici. C'est le garde du Bouscat qui a fait le coup. Je suis allée au cimetière et je me suis laissé prendre à cette comédie. On m'avait dit qu'on m'amènerait chez moi et c'est ici que je me retrouve. Je suis bien malheureuse, parce que j'ai perdu mon mari dans de si drôles conditions, que cela m'a troublé l'esprit. Ça me donne des idées. Je me figure qu'il est arrivé quelque chose; j'ai cru qu'il était en catalepsie ou en léthargie et cela me torture. Si j'avais pu faire ouvrir le caveau, j'aurais vu comment il était et cela m'aurait tranquillisée. Une nature plus forte que la sienne aurait pu l'endormir. Je crois que c'est un voisin.

D. — Ces personnes ont intérêt à vous faire du mal ?

R. — Non Monsieur.

D. — Avez-vous été insultée ?

R. — Non Monsieur.

D. — Depuis quand êtes-vous triste ?

R. — Depuis la mort de mon mari.

D. — Avez-vous eu d'autres périodes de tristesse ?

R. — Oui, à 35 ans. J'ai été soignée dans une maison de santé.

D. — Avez-vous quelque chose à vous reprocher ?

R. — Je répondais drôlement à mon mari. J'étais trop nerveuse avec lui.

Le 24, la malade se présente dans un état de surexcitation physique et psychique très intense. L'esprit est tendu, orienté vers des réminiscences tristes. Il n'existe pas d'idées délirantes nettes.

Le sourire apparaît facilement après quelques propos de caractère anxieux. Le fond mental n'est pas diminué.

Le 15 septembre, la malade paraît en voie d'amélioration. Les idées délirantes sont à moitié rectifiées. La malade est arrivée à la période du doute mais n'a pas conscience qu'elle a été malade.

A la date du 17 décembre 1930, au cours d'un entretien avec le Professeur Perrens, la malade se met d'abord en colère parce qu'au lieu de l'appeler Mme R..., nous la nommons Mme D... L'accord se fait de suite.

Mme D... revient sur la mort de son mari. Il y a décès apparent le 23 mars. D'abord elle croit à la mort, puis, avant la mise en bière, malgré les affirmations du « soi-disant médecin légiste du Bouscat », elle doute de la mort réelle. On mène le cercueil au dépositaire. Tout lui paraît suspect, en particulier le fait que l'on ne referme pas la porte du dépositaire immédiatement après la cérémonie. Elle voudrait faire ouvrir le cercueil et ne le demande pas.

En juillet, on met le cercueil dans le caveau de famille. Pour cela on enlève « soi-disant » des ossements de parents enterrés depuis longtemps; mais elle n'y croit pas.

Peu à peu, Mme D... devient plus sûre que son mari n'est pas mort. « Où est-il, le pauvre ami ?... »

La malade met maintenant les deux idées face à face : « Il n'est pas mort, il est mort. » La première est la plus forte.

Mme D... rêve la nuit à son mari, mais elle n'a pas l'impression de sa présence réelle.

En novembre 1930, on lui annonce la mort de sa sœur. Elle déclare que ce n'est pas vrai, que c'est encore une histoire. Actuellement la malade se trouve vis-à-vis de cet événement dans un état psychologique analogue à celui qui a été noté pour son mari.

Le 17 novembre 1931, la malade se présente spontanément au cabinet du médecin.

« Je voudrais bien savoir ce qui se passe, je trouve que la situation n'est pas drôle, j'ai de l'attachement pour les uns, pour les autres, je sens que j'aurais besoin d'affection.

» Le soir j'entends des bruits..., des voix... Il y a trait à ma

famille... quelque chose que vous ne pouvez pas comprendre... Il me semble que je redeviens jeune; je chante, je pense aux personnes que j'ai connues, j'ai des pensées amoureuses. La nuit... des impressions... sur mon corps, de rapports sexuels. Il me semble que c'est une réalité et non un rêve. Je ne sais pas qui c'est, mais je crois que c'est mon mari...

» J'ai l'impression qu'on sait ce que je pense, quelquefois, il me semble que quelqu'un me cause, que je suis en communication avec quelqu'un. Je voudrais parler au Directeur qui serait plus influent... On me sort le fauteuil de ma chambre... je ne suis pas où je devrais être... »

Depuis lors, l'état de la malade s'est modifié peu à peu et actuellement elle est beaucoup plus calme, les hallucinations ont disparu en grande partie — et le mari semble bien mort.

OBSERVATION III.

Mme Marguerite L..., Vve F..., entre à la Maison de santé de Château-Picon le 13 novembre 1929. Elle est âgée de 39 ans.

Toujours très nerveuse. On nous apprend qu'elle le devint davantage après la mort de son mari survenue il y a dix ans. Sa tristesse ordinaire ne fit qu'augmenter; elle se prit à rechercher l'isolement, ne sortant guère, si ce n'est pour aller au cimetière, s'occupant presque exclusivement de la maison et de sa fille. En 1928, elle perdit sa fille à la suite d'une diphtérie. Son chagrin qui fut grand ne tarda pas à s'accompagner d'un redoublement de ses troubles d'anxiété, de crises de colère impulsive : au cours de l'une d'entre elles, à deux reprises, elle tenta de blesser son frère avec un couteau. Cette attitude engagea sa famille à la placer au Castel-d'Andorte, chez M. le Docteur Charon où elle resta plusieurs mois jusqu'à son admission à Château-Picon.

Cette malade bien constituée, mais pâle et asthénique, a l'aspect d'une mélancolique par sa tristesse qui ne se dément jamais, ses crises anxieuses, son aboulie, l'impossibilité où elle est de s'occuper à quoi que ce soit. Nous apprenons toutefois, par elle, qu'elle

est persécutée par son mari défunt qui lui adresse toutes sortes d'injures, — hallucinations auditives et psycho-motrices — et qui la pousse de toute ses forces au suicide. Nous ne devions savoir que plus tard en prolongeant nos interrogatoires les conditions psychologiques dans lesquelles le délire de persécution était né.

Après la mort de son mari, Mme F... demeura dans une sorte de prostration. Elle commença à en sortir la nuit où elle crut s'apercevoir que son mari venait partager son lit et usait d'elle comme autrefois. Aucune surprise, tout lui parut naturel et normal et la survie de son mari évidente. Depuis elle eut chaque nuit des relations renouvelées avec son mari, ne disant rien de ce qui se passait, continuant à faire figure de veuve douloureuse et digne, tandis que son érotisme pathologique se donnait libre carrière de la manière que l'on sait.

Cela dura neuf ans environ. Survint la maladie de sa fille et la mort de l'enfant. A ce moment, entièrement consacrée à sa douleur, Mme F... oublia les visites nocturnes de son mari pour ne se rappeler qu'une chose : c'est que malade, il lui avait donné une fille débile qui n'avait pu surmonter une infection d'ordinaire curable. Peu à peu sans faire part à quiconque des griefs qu'elle avait imaginés, elle fut obsédée par le souvenir hostile de son mari à qui elle ne cessait d'adresser des reproches. Cela dura quelques semaines. Mais une nuit son excitation sexuelle ayant reparu sous la forme ancienne, elle se refusa au mari tentateur, entama avec lui une véritable lutte qui se termina par sa propre défaite. Ce lui fut une occasion nouvelle de délirer contre celui qui avait tant contribué à son malheur. Les hallucinations auditives et psycho-motrices du type injurieux firent leur apparition. Aussi le mari dont le rôle avait été intermittent affirma désormais sa présence réelle d'une manière plus constante : obstinément tendre la nuit, malgré les rebuffades qu'il essayait, il était le jour insolent et obscène, et tentait de pousser sa femme à des mouvements regrettables et au suicide.

Mme F... est intelligente et son fond mental n'est pas altéré. On s'efforça de lui démontrer le mécanisme de ses troubles. On crut y réussir. En fait elle se calma peu à peu. En janvier 1930, on

notait une moindre fréquence des hallucinations; la malade reprenait confiance en elle. Les progrès s'accrochèrent et quand Mme F... quitta la maison de santé, le 26 septembre 1930, il n'était plus question de persécution maritale ni d'hallucinations; elle avait une activité normale, mais conservait encore un peu de tristesse.

Cet heureux succès, il eût été agréable de l'attribuer aux résultats combinés de la psychothérapie et de la médecine classique. Avouons que c'est précisément ce que nous avons fait. Il faut déchanter.

Au commencement de cette année, Mme F... nous fit une visite. Elle demeurait alors dans un convent de la banlieue où les vieilles dames ses compagnes très attentives à ses moindres propos et à ses attitudes bizarres, adoptaient sa version des événements dont elle se disait la victime. Notre malade était en plein délire érotique. Son mari avait totalement disparu. Il n'était plus question de lui. Cette fois sa mort était certaine. Il avait été remplacé par un jeune médecin, ancien interne du service, qui avait quitté Bordeaux depuis plusieurs mois, mais dont l'amour exubérant, excessif, de tous les instants, se traduisait pour Mme F... par des déclarations originales, des propos lascifs, des attouchements à distance et surtout des actes où il existait alternativement la passivité la plus complète ou une activité passionnelle hors de proportion avec les forces de sa compagne. Mme F..., tout en protestant contre de pareils procédés indécents, brutaux, inhumains, indignes d'un homme cultivé, et d'ailleurs marié, avoue l'amour qu'elle porte à son persécuteur. Et nous apprenons que cet amour était né à Châteaupicon, alors que chaque jour elle voyait passer l'interne du service qui s'arrêtait parfois pour prendre de ses nouvelles et se montrait bon pour elle. Depuis sa sortie de la maison de santé cet amour s'était développé jusqu'au délire. Dans la période où très discrètement sa puissance commençait à s'affirmer on conviendra qu'il avait dû aider plus que nos propres efforts à la disparition du délire ancien, à l'anéantissement définitif du mari amoureux et détestable.

Conclusion.

Ces trois dernières observations nous montrent des malades qui par des processus pathologiques différents aboutissent à la même idée : refus de croire à la mort le premier de sa sœur, les deux autres de leurs maris.

M. K... refuse de croire à la mort de sa sœur, malgré l'évidence, par croyance en une médaille miraculeuse. Cette croyance est si bien ancrée dans son esprit qu'il se suicide convaincu que sa sœur n'était pas morte tout d'abord et qu'il n'avait pas fait le nécessaire pour que la médaille pût agir.

Chez nos deux autres malades le mécanisme est différent. Nous n'avons cité que deux observations. En réalité cette croyance chez certaines veuves à la présence réelle de leur mari défunt est, lorsqu'on la recherche systématiquement, plus fréquente qu'on ne le pourrait croire. Liée à une excitation génitale qui dans le domaine imaginaire aboutit à des représentations d'une extraordinaire précision, elle subit les différentes phases de l'éréthisme sexuel, s'exagère, s'atténue et disparaît avec lui.

CHAPITRE V

L'ALIENÉ A L'ARTICLE DE LA MORT

Comment se comportent les aliénés au moment de leur mort et dans les instants qui la précèdent ? Des manières les plus diverses, devons-nous reconnaître. Nombreux sont ceux qui se comportent à ce moment tragique comme le commun des mortels. Beaucoup ne se rendent pas compte de leur état.

Sœur Marie Bernard, de la Maison de santé de Saint-Cyprien, à Toulouse, que nous interrogeons, nous apprend que souvent les vieux déments séniles récupéraient une partie de leurs facultés intellectuelles au moment suprême. « Assez, nous disait l'excellente Sœur, pour exprimer leur joie de quitter ce monde. »

Le fait relaté dans l'observation de Mme K... par M. le Professeur Perrens vient confirmer ces dires; il y est mentionné en effet que Mme K... atteinte de psychose maniaco-dépressive et se mourant d'une affection cardiaque, récupéra le 8 septembre 1931 ses facultés intellectuelles, fut calme, parla en français (elle était Autrichienne), et s'intéressa à sa santé et à sa famille, ce qu'elle n'avait pas fait depuis son internement. Or cette malade mourait à 14 heures le même jour.

Une autre malade atteinte depuis 12 ans de délire de persécution mourut le 8 novembre dernier de pneumonie. Durant toute sa maladie elle n'avait cessé de récriminer contre ses voisins qui, disait-elle, « voulaient la tuer pour la voler », oubliant tout autour d'elle pour concentrer son esprit sur

cette idée délirante. Le matin de sa mort, brusquement, elle demanda des nouvelles de sa fille, dont elle n'avait pas parlé depuis des années et qu'elle avait refusé de reconnaître quelques jours auparavant. Elle s'intéressa au sort des membres de sa famille, s'étonnant des changements survenus dans leurs situations. Enfin, elle se comporta en tout comme une personne lucide, ne parlant plus de ses voisins. Elle se confessa et mourut vers 5 heures le soir.

M. l'Aumônier de l'asile de..., à qui nous demandions s'il avait vu mourir des malades qui avaient présenté des idées d'immortalité, nous répondit qu'il en avait vu mourir deux en effet : « Oui, j'en ai vu mourir deux. Le plus curieux, c'est qu'elles ont refusé mon ministère, disant qu'elles ne mouraient pas, mais que leur être allait subir une transformation de plus. L'une ajouta : « ... Et vous serez bien attrapé, » Monsieur l'aumônier. »



CONCLUSIONS

Nous avons essayé d'étudier chez l'aliéné et le grand névropathe l'idée de la mort dans ses divers aspects et dans les actes qu'elle inspire aux malades.

Notre étude a laissé de côté la plupart des aliénés qui se comportent comme tout le monde. En effet, si on considère l'attitude de nos malades devant l'idée qu'ils se font de la mort, on est obligé de convenir que beaucoup d'entre eux ne s'en font pas une opinion différente de celle du commun des mortels, ou que, n'y pensant pas, ils conservent vis-à-vis d'elle une indifférence complète.

Nous avons vu des psychasthéniques présenter la phobie de la mort. Chez eux, cette phobie est souvent en rapport avec une cause organique primitive, qui, parfois, est passée inaperçue, mais que nous avons pu, dans quelques cas, mettre en évidence.

Dans le syndrome de Cotard, nous avons vu, au contraire, l'aliéné transformer sa personnalité et en arriver à se persuader qu'il est immortel. Dans quelques observations, nous avons noté à la base de ces délires de négation des troubles de la sensibilité.

Le suicide a inspiré trop de travaux pour que nous ayons pu examiner le sujet dans toute son étendue. Mais, restant dans l'idée directrice de notre thèse, nous avons vu que parfois l'aliéné désire la mort, la recherche, la prépare et arrive à l'exécuter. Le suicide, cependant, conséquence du délire, n'est pas toujours un acte prémédité dans ses suites, puisque l'aliéné ne meurt parfois qu'après une mutilation qui, dans

sa pensée, n'aboutit pas toujours à la mort. Le meurtre de soi-même, conséquence directe d'un délire ou d'un trouble sensoriel, peut, dans quelques cas, résulter d'un accident, sans avoir été voulu par le malade. Enfin, il arrive que le suicide résulte d'un acte ayant pour but de montrer l'immortalité du malade.

Nous avons réuni aussi quelques curieuses observations avec des formes nosologiques différentes où le malade, malgré les preuves les plus évidentes, n'était pas convaincu du décès de ses proches parents, affirmait leur survie et agissait en conséquence.

Nous avons enfin recueilli l'opinion de quelques personnes qui ont assisté des aliénés à l'article de la mort. Parmi bien des cas, où aucune particularité digne ne s'est manifestée, elles ont vu quelques aliénés chroniques retrouver une lucidité qui paraissait anéantie depuis longtemps.

VU, BON A IMPRIMER :

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
P. MAURIAC.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 7 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Annales médico-psychologiques, mars-avril, 1893.

BONNET. — L'aliéné, 1860.

COTARD. — Contribution à l'étude séméiologique des idées délirantes de négation. Thèse Bordeaux, 1903.

— Du délire de négation. *Archives neurologie*, 1882.

— Etude sur les maladies cérébrales et mentales, 1891.

GILBERT et BALLET. — Traité de pathologie mentale.

DAGOUET. — *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1891.

— Traité des maladies mentales.

JANET et RAYMOND. — Les obsessions et la psychasténie.

LISLE. — Du suicide chez les enfants.

MAIRET. — De la démence mélancolique.

MALLET. — Les obsédés.

RÉGIS. — Précis de psychiatrie.

RICKEMBACH. — Contribution à l'étude du suicide chez les aliénés pendant leur internement. Thèse Paris, 1902.

ROCHER. — Des hallucinations dans la mélancolie et des phénomènes hallucinatoires postmélancoliques.

